

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Biologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0053096

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2664 Société : 71738  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ABDONE Abdelhafid  
Date de naissance : 1955  
Adresse : 115, Rue EL Fouat résidence la case  
n° 502, Maarif, CASA  
Tél. : 0673234495 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-588679

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2664 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ABDOUN ABDELHAFID  
 Date de naissance : 1951  
 Adresse : 115, Rue EL Foutat, résidence la case n° 502, Maarip CASA  
 Tél. : 0673234495 Total des frais engagés : 1819,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ABDOUN ABDELHAFID

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Hydrocéphalie chronique opérée

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Marrakech

Le : 04 / 02 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :



| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES |                   |                       |                                 |   |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| Dates des Actes                | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes  |
| 04 FEV. 2021                   | Consultation      |                       | 250,00 DH                       | INPE 101166478<br>D. Chamelarbi<br>Natuologue<br>Av. Youssef El Mansour Résidence Alham Porte B<br>N° 2 - Gueltiz (à côté du Centre Américain) - Marrakech<br>Tél. 05 24 33 77 08 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES              |            |                       |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|  | 04/02/2021 | 1569,90 DH            |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                            |   |                        |  |
|---|---|------------------------|--|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Désignation des efficients              | Montant des Honoraires |  |
|   | NOLIP® 10 mg<br>30 comprimés pelliculés |                        |  |

| MÉDICAMENTS  |  |        |    |    |                                 |
|--|--|--------|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien   | Date des   | Nombre |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|  |  | PC     | IM | IV |                                 |
| LOT: 9MA011<br>PER: 03 2021<br>TEMESTA 1MG<br>CP SEC B50<br>P.P.V.: 23DH00 | Distribué par Roche S.A.<br>Bd. Sidi Med Ben Abdellah<br>Ivraie 05, Casablanca Marina<br>MADOPAR 200/50-100 comprimés<br>P.P.V.: 298,00 DH |        |    |    |                                 |

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES  |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|---|--|------------------|-------------------------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|-----------------------------|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                            |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
| Important :<br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF. |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient             | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]                   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         | MONTANTS DES SOINS [ ]                        |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         | DEBUT D'EXECUTION [ ]                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         | FIN D'EXECUTION [ ]                           |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                  |                         | H   |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ] |
|   | H  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   | 25533412   | 21433552         |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   | 00000000   | 00000000         |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   | D  | G                |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   | 00000000   | 00000000         |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   | 35533411   | 11433553         |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   | B  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |                         | MONTANTS DES SOINS [ ]                        |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         | DATE DU DEVIS [ ]                             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  | DATE DE L'EXECUTION [ ] |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |
|   |  |                  |                         |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                             |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. SIHAM BELARBI

Neurologue - Diplômée de RABAT

(Epilepsie, Migraine, Vertige, AVC)

Alzheimer, Parkinson, SEP Myopathies Neuropathies)

- Diplômée (EEG)-(ENMG)

- Diplômée en mouvement anormal

- Diplômée en maladies neuro-vasculaires

Electroencéphalographie (EEG) - Electroneuromyographie (ENMG)



## د. سهام بالعربي

أخصائية في أمراض الدماغ و الأعصاب

( أمراض الصرع، آلام الرأس الدوخة، جلطة الدماغ

الزهايمر، باركنسون، مرض التصلب المتعدد)

-ديبلوم الدراسات العليا في التخطيط الكهربائي للدماغ و الأعصاب

-ديبلوم الجامعة في الحركات الإرادية

-ديبلوم الجامعة لأمراض الأوعية الدموية الدماغية

التخطيط الكهربائي للدماغ "الشبكة" - التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات

Nom : **MR ABDOUN ABDELHAFID**

Marrakech Le : **20/11/2020** : مراکش في

1. **Kardegic 160 mg**

1 sachet/jour à vie

2. **Nolip 10 mg**

1 Comprimé, soir pendant 03 mois renouvelable

3. **Nootropyl 200 mg**

1 dose, matin, midi, soir, pendant , 3 mois

4. **Prisdal 0.5 mg**

1/2 Comprimé matin, 1/2 comprimé soir pendant 3 mois

5. **Alpraz 05 mg**

1/2 Comprimé soir pendant 01 mois

6. **Tuneluz 20 mg**

1 Gélule, soir pendant , 3 mois renouvelable

Rendez-Vous :

شارع يعقوب المنصور إقامة أحلام ب - الطابق الأول رقم 2 ( قرب المركز الأمريكي ) جليز - مراکش

Av. Yaâcoub El Mansour Résidence Ahlam Porte B 1er Etage - Guéliz (à Côté du Centre Américain

Marrakech - Tél : 05 24 43 77 08 - E-mail : belarbi.siham@gmail.com



# Dr. SIHAM BELARBI

Neurologue - Diplômée de RABAT

(Epilepsie, Migraine, Vertige, AVC  
Alzheimer, Parkinson, SEP  
Myopathies Neuropathies)

- Diplômée en (EEG) - (ENMG)  
- Diplômée en mouvement anormal  
- Diplômée en maladies neuro-vasculaires  
Electroencéphalographie (EEG) - Electroneuromyographie (ENMG)



د. سهام  
بالعربي  
أخصائية في أمراض الدماغ و الأعصاب

(أمراض الصرع , آلام الرأس الدوخة, جلطة الدماغ  
الزهايمر, باركنسون, مرض التصلب المتعدد)

- دبلوم الدراسات العليا في التخطيط الكهربائي للدماغ والأعصاب  
- دبلوم الجامعة في الحركات الإرادية  
- دبلوم الجامعة لأمراض الأوعية الدموية الدماغية  
التخطيط الكهربائي للدماغ "الشبكة" - التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Nom: **MR ABDOUN ABDELHAFID** Marrakech Le : **04/02/2021** : **مراكش في**

## 1. Kardegic 160 mg

1 sachet/jour à vie

## 2. Nolic 10 mg

1 Comprimé, soir pendant 03 mois renouvelable

## 3. Tuneluz 20 mg

1 Gélule, soir pendant , 3 mois renouvelable

## 4. Exelon patch 5

1 dispositif, matin à renouveler au bout de 24h, pendant , 1  
mois (1 boîte) PUIS

## 5. Exelon path 10

1 dispositif, matin (à renouveler au bout de 24h avec  
changement de localisation) pendant , 3 mois renouvelable

## 6. Temesta 1 mg

1/2 Comprimé soir pendant 01 mois en cas d'insomnie

## 7. Madopar 250 mg

1/4 Comprimé 9h-13h-17h, pendant 01 mois puis 1/2  
Comprimé 9h-13h-17h pendant 03 mois renouvelable (1/2  
heure avant les repas)

Rendez - Vous :

شارع يعقوب المنصور إقامة أحلام ب - الطابق الأول رقم 2 ( قرب المركز الأمريكي ) جليز - مراكش

Av. Yaâcoub El Mansour Résidence Ahlam Porte B 1er Etage - N° 2 - Gueliz ( à Côté du Centre Américan )

Marrakech Tél: 05 24 43 77 08 - E-mail: belarbi.siham@gmail.com

# Dr. SIHAM BELARBI

Neurologue - Diplômée de RABAT

(Epilepsie, Migraine, Vertige, AVC)

Alzheimer, Parkinson, SEP Myopathies Neuropathies)

- Diplômée (EEG)-(ENMG)

- Diplômée en mouvement anormal

- Diplômée en maladies neuro-vasculaires

Electroencéphalographie (EEG) - Electroneuromyographie (ENMG)



# د. سهام بالعربي

أخصائية في أمراض الدماغ و الأعصاب

( أمراض الصرع، آلام الرأس الدوخة، جلطة الدماغ

الزهايمر، باركنسون، مرض التصلب المتعدد)

-دبلوم الدراسات العليا في التخطيط الكهربائي للدماغ و الأعصاب

-دبلوم الجامعة في الحركات الإرادية

-دبلوم الجامعة لأمراض الأوعية الدموية الدماغية

التخطيط الكهربائي للدماغ " الشبكة " - التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات

Nom : ..... **MR ABDOUN ABDELHAFID**

Marrakech Le 22/10/2020 ..... :مراكش في

1. Kardegic 160 mg

1 sachet/jour à vie

2. Nolip 10 mg

1 Comprimé, soir pendant 03 mois renouvelable

3. Tuneluz 20 mg

1 Gélule, matin, pendant , 3 mois renouvelable

56/10  
4. Nootropyl 200 mg

1 dose, matin, midi, soir, pendant , 3 mois

7

PHARMACIE ATLAS  
ABDELHAFID / MARRAKECH  
100 Avenue du Centre Américain - 40000 Marrakech  
Tél : 05 24 34 77 08

**Dr. SIHAM BELARBI**  
Neurologue  
Av. Yaâcob El Mansour Résidence Ahlam Porte B  
1er Etage - N° 2 - Guéliz (à Côté du Centre Américain) - Marrakech  
Tél : 05 24 43 77 08

Rendez-Vous :

شارع يعقوب المنصور إقامة أحلام ب - الطابق الأول رقم 2 ( قرب المركز الأمريكي ) جليز - مراكش  
Av. Yaâcob El Mansour Résidence Ahlam Porte B 1er Etage - Guéliz (à Côté du Centre Américain  
Marrakech - Tél : 05 24 43 77 08 - E-mail : belarbi.siham@gmail.com

CASA le 24/05/2021.

Mutuelle MUPRAS.

Mutuelle : 2664

Tél : 0673234495

Je porte à votre connaissance que le dossier n° W19-588679 au nom de M<sup>r</sup> ABDOUN Abdelhafid a été envoyé par e mail le 05/02/2021 chez un cyber (je n'ai pas d'internet chez moi) à marrakech et je n'ai pas reçu de réponse. sachant que les conditions de déplacement même permettait pas de venir déposer le dossier sur place. Donc le délai a été dépassé.

Merci de votre compréhension

